Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

Domanda di voltura dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria

Ai sensi dell'articolo 4 della Legge Regionale 31/07/2007, n. 32

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale | **Tipologia**

Sede legale

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Codice Fiscale | **Partita IVA**

Telefono | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | **Provincia** | **Numero Iscrizione**

Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA) | **Provincia** | **Numero iscrizione**

Posizione INAIL | **Codice INAIL impresa**

da non usare per presentazione cartacea

e il sottoscritto cedente

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Residenza

Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC ☐ | CAP

Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale | Tipologia

Sede legale

Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC ☐ | CAP

Codice Fiscale | Partita IVA

Telefono | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | Provincia | Numero Iscrizione

Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA) | Provincia | Numero iscrizione

Posizione INAIL | Codice INAIL impresa

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

CHIEDONO

la voltura dell'autorizzazione

Numero	Data

per l'esercizio dell'attività

Attività esercitata

○ struttura sanitaria o socio sanitaria

Denominazione struttura

Prestazioni erogate

○ studio di professione sanitaria

Studio di professione sanitaria

da non usare per presentazione cartacea

sita in

(in caso di trasferimento della sede inserire la nuova sede operativa)

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							☐

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento ***(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")***

il procedimento riguarda _____ ulteriori immobili

Agibilità dei locali	Protocollo	Data

in quanto con atto pubblico redatto dal Notaio

Nominativo notaio	Registrato il	Numero repertorio

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

IL NUOVO INTESTATARIO DICHIARA

- ☑ di essere in possesso dei requisiti soggettivi di cui all'articolo 5-ter, comma 1 della Legge Regionale 31/07/2007, n. 32
- ☑ il possesso dei titoli professionali richiesti
- ☑ la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal legale rappresentante con allegate copie del manuale di autorizzazione autocompilate e firmate singolarmente dal responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di attività oggetto di autorizzazione

direttore sanitario

(il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali solpra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non eserciterà altre attività incompatibili)

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Laureato in	Presso l'Università degli Studi di	
Specialista in	**Iscritto presso l'ordine dei**	**Della Provincia di**

da non usare per presentazione cartacea

☐ referente per la pratica

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☑ titolo di godimento del locale o immobile utilizzato
  (se non già prodotto in caso di precedente domanda di autorizzazione)
- ☐ nomina e accettazione del direttore sanitario, quando la struttura lo richiede
- ☑ documentazione attestante il possesso dei requisiti professionali del professionista sanitario o del direttore sanitario
- ☑ autocertificazione concernente la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi (per strutture già autorizzate)
- ☐ documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nei manuali con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito
- ☐ autocertificazione sul possesso dei requisiti soggettivi, in caso di studio associato, per ognuno degli associati
- ☐ delega a rappresentare in caso di studio associato
- ☑ estremi del certificato di conformità dell'impianto elettrico valido e di relativa allegata relazione tecnica
- ☑ ricevuta dei diritti sanitari
- ☑ pagamento dell'imposta di bollo
- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
  (da allegare se previsti)
- ☐ ulteriori immobili oggetto del procedimento
- ☐ copia del permesso di soggiorno
  (da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ☐ copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- ☐ altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il nuovo intestatario	il cedente

da non usare per presentazione cartacea